

Селезнева Юлия Анатольевна
канд. психол. наук, доцент
ФГБОУ ВО «Тульский государственный
педагогический университет им. Л.Н. Толстого»
г. Тула, Тульская область

Мозговая Светлана Анатольевна
воспитатель
МБДОУ «Д/С №44 «Звёздочки»
г. Новомосковск, Тульская область

DOI 10.31483/r-98670

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО ДОШКОЛЬНИКА В СЛОЖИВШИЙСЯ ДЕТСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Аннотация: в статье рассматриваются ключевые характеристики синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, а также особенности социальной адаптации старшего дошкольника с СДВГ, которого необходимо включить в сложившийся детский коллектив; приводятся результаты выполненной воспитателем группы педагогической диагностики, описание психолого-педагогических принципов работы с детьми с СДВГ и успешных педагогических практик, которые позволили успешно реализовать процесс социальной адаптации мальчика.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, технологии социальной адаптации, старший дошкольник, принципы взаимодействия.

В последнее время синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у дошкольников становится все более частным явлением. По данным Е.В. Корень, Т.А. Куприяновой, СДВГ наблюдается у 6% детей школьного возраста». Причем «более чем в 50% СДВГ сочетается хотя бы с одним сопутствующим расстройством (расстройства поведения, эмоциональные расстройства и т. д.)» [4, с. 5].

Собственно СДВГ характеризуется слабо модулированным поведением «с не соответствующими возрасту гиперактивностью, дефицитом внимания, импульсивностью и отсутствием устойчивой мотивации к деятельности, требующей волевых усилий и сопровождающихся нарушением адаптации в различных сферах жизнедеятельности» [4, с. 7]. Безусловно, квалифицированно диагностировать СДВГ имеет право только врач-психиатр, однако педагоги и психологи могут и должны способствовать как можно более раннему выявлению отклоняющихся форм поведения ребенка и его успешной адаптации в коллективе сверстников.

Старший дошкольный возраст является уникальным периодом в развитии ребенка – именно в этот период формируется произвольность его поведения. «Вместе с тем некоторые дети проявляют чрезмерную двигательную активность (гиперактивность), неусидчивость, невнимательность и «неуправляемость» в большей степени, чем их сверстники» [1, с. 5]. Родители порой просто мирятся с этим или не обращают должного внимания на нестандартное поведение, но, когда дошкольник приходит в детский сад, гиперактивность и трудности концентрации внимания превращаются в серьезную проблему как для самого ребенка, так и для педагогов. Осложняет ситуацию и то, что педагоги не имеют доступа к медицинским картам воспитанников. Фактически, воспитателям необходимо выявить все возможные «отклонения» в процессе включенного наблюдения за ребенком.

На что же следует обращать внимание? Прежде всего, на проявление дефицита внимания – неспособность удерживать внимание на деталях, сложности сохранения внимания в процессе игры, постоянные отвлечения на внеигровые стимулы, сложности при самостоятельной работе, забывчивость, постоянные потери вещей и игрушек... Затем на саму гиперактивность – невозможность усидеть на одном месте, бесцельная двигательная активность, бессбойные движения ногами и руками, особенно, когда ребенок вынужден сидеть и т. п. Также стоит обратить внимание на импульсивность поведения ребенка – включение в чужие разговоры, необдуманные ответы на вопросы, сложности при ожидании очереди

в игре или на занятии. Длительное – в течение нескольких месяцев – проявление большинства указанных симптомов является поводом для рекомендации к направлению ребенка на комплексное обследование относительно СДВГ.

Ученые сходятся во мнении, что на появление у ребенка СДВГ влияют и биологические, и социальные факторы. Генетическую предрасположенность, асфиксию новорожденных и употребление матерью в процессе беременности психически-активных веществ, в том числе, алкоголя и некоторых лекарств, принято относить к биологическим факторам. К социальным обычно относят воспитание детей в неполных/конфликтных семьях, несоблюдение принципа единства педагогических требований, недостаточный уровень образования и культуры родителей и т. п., которые усиливают проявления СДВГ.

Мы проанализировали реальную ситуацию, когда в связи с изменением места жительства семьи, мальчик М. (5 лет) был зачислен в старшую группу детского образовательного учреждения общеразвивающей направленности, где в течение первых недель пребывания ребенка в группе педагоги отметили явно выраженную симптоматику СДВГ.

Приведем фрагмент педагогического мониторинга (записей С.А. Мозговой в процессе длительного включенного наблюдения): «В начале года на занятиях мальчику требовались особые контроль и внимание со стороны педагога, так как собственное внимание ребенка было неустойчивым и непродолжительным. По инструкции воспитателя он не работал. Самостоятельно не выполнял задания, требовал постоянной помощи со стороны взрослых. На занятиях художественно-эстетической направленности не соблюдал правила техники безопасности при использовании следующих предметов: ножниц, карандашей, кисточки и клея (размахивал этими предметами перед лицом детей). Ребенок очень подвижный, на занятиях неусидчив, мешал сосредоточиться сверстникам: начинал смеяться без причины, брать их принадлежности и разбрасывать по группе, стучал кулаками по столу.

В общении с детьми вел себя агрессивно, недружелюбно. Предпочитал отнять игрушку. После предложения воспитателя вернуть игрушку ребенку вел

себя истерично, бил по двери руками. На замечания взрослых отвечал грубо, мог замахнуться и ударить или не реагировал и старался покинуть групповое помещение.

Настроение у ребенка часто менялось. Иногда он проявлял интерес к материалу занятия, но это длилось не более трех минут, поэтому программный материал по предметам усваивал не в полной мере, появились пробелы в знаниях из-за отсутствия внимания на занятиях. Речь М. развита, хотя имеются небольшие проблемы с произношением некоторых звуков, интереса к занятиям по развитию речи и обучению грамоте не проявлял. На занятиях со профильными специалистами – музыкальный руководитель, инструктор по физической культуре, педагог-психолог – своим неуравновешенным поведением мешал другим детям заниматься.

Несмотря на это, мальчик очень общителен, эмоционален, любознателен, проявляет активность и стремление узнать что-то новое. Ребенку нужна постоянная смена деятельности, не закончив выполнения одного задания, просит следующее и не выполняет его до конца. Мальчик предпочитал подвижные игры, в которых преобладала позиция лидерства, если этого не удалось достичь, то от игр он отказывался. Общение со сверстниками носило импульсивный характер. М. охотно вступает в контакт с детьми и взрослыми, проявляя инициативу в организации игры, но правил игры не соблюдает, играет по своим правилам, заставляет других принять его правила, очень быстро переключая внимание на другие объекты, бросает начатую игру.

Мальчик не замечает беспорядок в собственном внешнем виде, не соблюдает порядок в шкафу, при выполнении поручений дежурных не стремится выполнить хорошо, не проявляет ответственность».

Все эти особенности позволили нам предположить, что ребенок страдает синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. В одной из индивидуальных бесед с воспитателем, мама мальчика сама сообщила, что ребенку ранее ставился диагноз СДВГ, но она не предупредила об этом педагогов, не считая СДВГ заболеванием.

4 <https://phsreda.com>

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

С целью адекватной социальной адаптации М., на основании наблюдений и рекомендаций педагогов и специалистов ДОУ, С.В. Мозговой был разработан индивидуальный маршрут по корректировке поведения воспитанника. Он включил в себя: картотеку игр и упражнений, которые помогают ребенку ощутить себя успешным, повысить самооценку и мотивацию достижений (в том числе, «Лучики», «Травинка на ветру», «Кошечка», «Половинка»); дыхательные упражнения – для развития самоконтроля и произвольности; гимнастику для глаз – для расширения поля зрения и улучшения восприятия; функциональные упражнения – для развития внимания, произвольности и самоконтроля («Черепаха», «Руки-ноги», «Считалочки-бормоталочки», «Буратино», «Шалуны»); упражнения для развития мелкой моторики рук («Колечки», «Кулак-ребро-ладонь», «Лезгинка», «Ухо-нос», «Зайцы»); коммуникативные упражнения – восстановление и дальнейшее углубление контакта с собственным телом («Тряпичная кукла», «Животные», «Головомяч»); элементы сказкотерапии (рассказывание сказки или стихотворения, «рисуя» основные образы на спине ребенка), музыкальные игры – упражнения с лентами, хороводные игры; элементы арт-терапии, в том числе, песочная терапия.

В основу индивидуального маршрута по корректировке поведения воспитанника педагогом были положены принципы единства педагогических требований со стороны всех взрослых, общающихся с ребенком, спокойно-доброжелательного, четкого и адекватного реагирования на его поведение, соблюдение режима дня и включение в деятельность ребенка игр с правилами, подкрепление позитивного поведения воспитанника, активизирование его самостоятельной речевой регуляции поведения, стимулирование к самоанализу и самоконтроля поступков.

В своей работе с воспитанником педагог внимательно выслушивал то, что хочет сказать ребенок; спокойно, одними и теми же словами повторял много-кратно свою просьбу; отвлекал ребенка в случае капризов, предлагая на выбор другую возможную в данный момент деятельность; задавал неожиданные вопросы; неожиданным для ребенка образом реагировал, например, повторяя его

действия и превращая ситуацию в шутку; подводил его к зеркалу в тот момент, когда ребенок капризничал.

Была уменьшена рабочая нагрузка ребенка, наиболее активные занятия с ним проводились в начале дня. Прежде чем ввести М. в групповые занятия, с ним была проведена серия индивидуальных занятий с дроблением заданий на небольшие и несложные этапы их выполнения. Активно использовались физкультминутки и тактильный контакт (элементы массажа, прикосновения, поглаживания); снижались требования к аккуратности в начале работы, чтобы сформировать чувство успеха. По возможности, ребенку предоставлялся выбор деятельности. Анализ действий М. проводился индивидуально, с подкреплением позитивного поведения. Вся работа с М. проводилась в тесном сотрудничестве с семьей и привлечением остальных детей к участию в создании благоприятного микроклимата в группе.

Через несколько месяцев, благодаря совместным усилиям взрослых и детей, М. начал осознанно контролировать свое поведение, радоваться своим успехам, что позволило начать его сближение с другими детьми и активную социализацию в уже сложившемся детском коллективе.

В качестве рекомендаций педагогам мы считаем необходимым подчеркнуть важность изначального наличия информации о СДВГ для подбора методов психолого-педагогической коррекции «отклонений поведения» и выделить ряд методов, которые позволяют наиболее успешно организовывать занятия с такими детьми. Мы предлагаем дополнительно привлекать внимание ребенка к началу транслирования важной информации – это позволяет ему сосредоточиться. Спокойный и доброжелательный повтор требований со стороны педагога и просьба к ребенку самостоятельно повторить инструкцию позволяют сконцентрировать внимание ребенка на понимании и выполнении того или иного задания. Введение четкого режима дня и единства педагогических требований обеспечивает стабильность в жизни ребенка, облегчающую процессы социальной адаптации за счет снятия раздражительности при переключении дом / детский сад. Внешнее

опосредование деятельности – рисунки, схемы, проговаривание этапов выполнения задания – позволяет ему лучше усваивать новый материал. Развитие в процессе сюжетно-ролевых игр коммуникационных навыков способствует развитию навыков социальной адаптации ребенка в новом для него коллективе.

Список литературы

1. Безруких М.М. Гиперактивный ребенок. Диагностика и помощь: методическое пособие для педагогов и родителей / М.М. Безруких. – М., 2018. – 20 с.
2. Брязгунов И.П. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей / И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова. – М., 2003. – 128 с.
3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте / Н.Н. Заваденко. – М., 2005. – 253 с.
4. Корень Е.В. Гиперкинетические расстройства (СДВГ) / Е.В. Корень, Т.А. Куприянова. – М., 2015. – 82 с.